UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 8

L'INVERSION POLYPEUSE DE L'UTÉRUS

ÉTUDE CLINIQUE & THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Presentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1913

PAR

Camille PIERRAT

Né à Vigneules (Meuse), le 18 février 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, professeur, *Président.*	
	ESTOR, professeur.	
	RICHE, agrégé.	*Assesseurs.*
	MASSABUAU, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
—
1913

L'INVERSION POLYPEUSE

DE L'UTÉRUS

ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 8

L'INVERSION POLYPEUSE

DE L'UTÉRUS

ÉTUDE CLINIQUE & THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1913

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Camille PIERRAT

Né à Vigneules (Meuse), le 18 février 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM.	GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (O. ✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique médicale.		RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé lib.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agr. lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. EUZIÈRE
GRYNFELTT	CABANNES	J. DELMAS
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ETIENNE
LEENHARDT	P. DELMAS	RIMBAUD
GAUSSEL	MASSABUAU	ROGER
		LECERCLE

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *prof., président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A ceux qui par leur concours pécuniaire me permirent de terminer mes études médicales.

A MON AMI LE DOCTEUR CARLOS LEPOUTRE

CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DURET

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

C. PIERRAT

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Henri DESPLATS

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGIE

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

C. PIERRAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

RICHE ET MASSABUAU

C. PIERRAT.

La pince à abaissement attire à la vulve le polype et son pédicule suivi du fond utérin. (Photographie du cas de M. le professeur Forgue, cité plus loin, la malade étant en place pour l'opération.)

L'INVERSION POLYPEUSE

DE L'UTÉRUS

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

L'utérus, au même titre que le cœur, est un muscle creux; mais, tandis que les cavités du cœur sont normalement réelles, et emplies de sang, la cavité utérine est virtuelle, les parois adossées l'une à l'autre.

Cette cavité peut devenir réelle sous une influence physiologique ou pathologique: physiologiquement pendant la grossesse, quand le fœtus occupe la loge utérine; pathologiquement, toutes les fois qu'une tumeur solide ou qu'une collection liquide distendent les parois.

Or, le muscle utérin, irritable et contractile, tend à chasser son contenu. Le fœtus fixé par son cordon, le polype fixé par son pédicule sont accouchés. Dans un dernier temps, soumis aux contractions du segment inférieur et du vagin, aux tractions nouvelles du praticien, à la simple

action de la pesanteur, ils entraînent avec eux le fond utérin dégénéré ou ramolli à travers le col qu'ils viennent de dilater. C'est là l'inversion utérine.

« L'inversion utérine, dit Courty, est la position particulière prise par le fond et les parois de l'organe lorsque la matrice est retournée sur elle-même, à la manière d'un doigt de gant, dont la surface interne et concave deviendrait externe et convexe, et réciproquement. »

Les anciens auteurs désignaient cet accident sous le nom de renversement. Le mot de Guillemeau, « retournement », est beaucoup plus expressif et définit la chose.

Comme nous l'avons fait prévoir, il est deux grandes causes d'inversion utérine. La puerpéralité, les tumeurs utérines, agissent toutes deux par le même mécanisme de distension préalable et de traction ultérieure, à la période de vacuité. L'inversion puerpérale est déjà, comme nous le verrons, une éventualité rare. L'inversion polypeuse est une éventualité exceptionnelle. Ceci nous explique que ce mode d'inversion ne soit bien étudié et bien connu que depuis peu.

A. Paré, un des premiers, attire l'attention sur le trouble de la statique utérine qui caractérise l'inversion; et, depuis qu'il a montré dans ces cas « la matrice retournée comme un sac », des auteurs nombreux l'ont successivement étudiée et décrite.

Gaulord, en 1732, publie une observation suivie d'autopsie dans laquelle, pour la première fois, une inversion utérine est attribuée à une tumeur fibreuse de la matrice. Le fait passa inaperçu: N'oublions pas, qu'en 1779, Antoine Petit ne craignait pas de nier encore l'inversion utérine en général. Rien d'étonnant à ce qu'en 1730 on ne s'entendit point encore sur ses causes. Les auteurs qui la décrivaient lui attribuaient une origine uniquement puer-

pérale. Cependant déjà, Puzos, en 1744, avait démontré que certains cas d'inversion utérine n'étaient aucunement en relation avec l'état puerpéral. Il n'avait point songé, il est vrai, à rapporter ces cas à leur véritable cause; et Leret, en 1757, vint préciser la clinique des tumeurs fibreuses de l'utérus, tumeurs dont Guillemeau avait déjà donné, de 1695 à 1713, une description exacte.

L'autonomie de l'inversion polypeuse devait, dès lors, être universellement reconnue. Leret donna, comme caractère distinctif, l'indolence du polype opposée à la sensibilité exquise de l'utérus. Sabatier (1757) insista sur l'absence à l'hypogastre du corps utérin inversé. Baudeloque, dans la thèse de Daillez, donne comme signe important le raccourcissement de la cavité utérine. Ce fut l'ère clinique.

Dès le début, on s'occupa aussi du traitement; et l'on eut tout d'abord recours à la ligature posée sur l'utérus, qui était enlevée avec le polype. Nous n'insisterons pas sur ces diverses méthodes de ligature lente. On trouvera leur histoire propre au chapitre du traitement; elles sont les mêmes pour l'utérus polypeux et l'utérus puerpéral.

Baudeloque, le premier, proposa nettement d'enlever en un premier temps la tumeur et de conserver l'utérus, que l'on réduisait ensuite. Mais le traitement chirurgical de l'inversion polypeuse est relativement moderne. Les publications de Péan et de Second ont fixé la technique des myomectomies vaginales. Küstner et Kehrer, celle de la réduction de l'inversion dans les cas difficiles.

Parmi les travaux principaux sur l'inversion polypeuse de l'utérus, il faut citer ceux de Crosse (1844), de West (1856), de Guyon (1860), de Scanzoni (1867), de Mac Clintock (1863), de Bruntzel (1878). En 1883, paraît le « Traité de l'inversion utérine » de Denucé. Il faut toujours avoir

recours, même à notre époque, et quoiqu'on veuille écrire sur le sujet, à cette merveilleuse monographie.

Les travaux de Wierth (1885), de Kehrer (1886), de Faucon (1887), de Delteil (1890), d'Arrou (1896), de Tarle (1897), de Frenon (1902), d'Atthil (1908), de Trougott (1908), de Begley (1910), de Bosquette (1911), de Théoharide (1913) sont venus apporter à la question des précisions utiles.

ETIOLOGIE. — FREQUENCE

L'inversion polypeuse est un accident rare. Il faut considérer, en effet, que l'inversion utérine, sous toutes ses formes, est déjà une éventualité exceptionnelle ; et l'inversion polypeuse ne fournit qu'un faible appoint à la statistique générale. « L'inversion, dit Pichevin, dans le Traité de Le Dentu et Delbet, s'établit dans deux circonstances très différentes : d'abord, et le plus souvent, après l'accouchement ; ensuite, dans certains cas de tumeurs fibreuses, de polypes utérins, *mais cela est exceptionnel.* »

Crosse conclut que l'on observe 4 fois sur 5 l'inversion obstétricale, l'inversion polypeuse ne représentant qu'un cinquième des cas cliniques. Pour se faire une idée de sa rareté, constatons la rareté de l'inversion en général : 1 cas sur 90.000 accouchements d'après Reigel, 1 cas sur 200.000 d'après Ribemont, Dessaigne et Lepage. Les statistiques plus récentes de Loracano et Liéven donnent le chiffre moyen de 1 sur 188.000. Si l'on considère que l'inversion polypeuse ne représente que le quart des cas dans leur ensemble (Crosse), ou même le septième, comme le veut Auvard, elle doit être réellement une éventualité « exceptionnelle », comme le dit Pichevin.

Ce sont là les seules considérations que l'on trouve dans les auteurs classiques, au sujet de l'inversion polypeuse

et de sa fréquence. Cependant, elle ne nous a pas paru être aussi exceptionnelle qu'on l'a bien voulu dire. Denucé, dans son « Traité de l'inversion utérine », en avait réuni déjà un grand nombre de cas. Delteil, en 1890, en avait réuni 98 observations, puisées dans la littérature française et étrangère. Depuis cette époque, nous en avons pu trouver encore une quinzaine, ce qui porterait entre 110 et 120 le nombre des cas actuellement connus. On voit donc que l'inversion polypeuse, très rare si l'on veut, n'est point réellement une éventualité exceptionnelle.

Encore ceci n'est-il vrai que pour une variété des inversions qui nous occupent: les inversions spontanées. Il est des inversions polypeuses, d'origine opératoire, produites sous la main de l'opérateur, immédiatement et aisément réduites, quelquefois même recherchées (Schröder, Le Dentu), qui constituent, dans la myomectomie vaginale, un incident banal par sa fréquence (1).

Variétés: *Inversion opératoire et spontanée.* — L'inversion utérine, en effet, peut se produire de deux façons différentes: tantôt, et c'est l'éventualité la plus commune, si l'on y comprend les cas précédemment décrits, elle se produit d'une façon aiguë: le fond utérin, tiré énergiquement au dehors, s'inverse brusquement. L'inversion opératoire est le type de cette inversion aiguë. Tantôt, une traction légère et lente déprime progressivement le fond de l'organe; la descente du fond à travers la cavité utérine et le vagin se fait lentement, c'est le cas de l'inversion chronique, de l'inversion spontanée.

L'inversion opératoire est fréquente et peut s'observer théoriquement dans deux cas différents. Premier cas: un

(1) Voir thèse Dartigues.

polype vaginal pédiculé sort d'un col utérin remonté; on tire sur le polype pour faire descendre le col et la traction exagérée entraîne le fond de l'organe qui s'inverse. Cette inversion de l'utérus normal, comme volume et comme parois, doit être excessivement rare, si tant est qu'elle existe; nous n'en avons trouvé aucun cas signalé.

Deuxième cas: Un volumineux fibrome est inclus dans la cavité utérine. On l'attaque par la voie vaginale, selon la méthode de Segond. Lors de l'extraction des premiers fragments, tout se passe normalement, mais, à la fin, l'utérus est une poche vide que l'hystérotomie cervico-vaginale ouvre largement à sa partie inférieure. Les tractions quelquefois les plus modérées sur le dernier fragment vont entraîner le renversement de l'organe, et tout le monde sait combien les tractions modérées sont, dans cette méthode, une précaution rarement possible. Cette inversion opératoire, dans l'ablation par morcellement des fibromyômes utérins, selon la technique de Segond, est un accident fréquent. Schröder et Le Dentu cherchèrent systématiquement à la produire. Elle fut un des arguments que l'on opposa à la méthode, et Frenon, dans sa thèse de 1903, en rapporte six observations personnelles. Mais, immédiatement et facilement réduites, elles ne sont pas publiées, et il nous a été impossible d'en préciser la fréquence. Elles ont d'ailleurs perdu beaucoup de leur intérêt, aujourd'hui que la myomectomie vaginale, pour tumeurs non pédiculées, est devenue une méthode d'exception.

L'inversion spontanée est excessivement rare; c'est elle cependant qui intéresse le plus le chirurgien, à cause des difficultés diagnostiques qu'elle soulève, et parce que, aussi, elle est la seule dont le traitement puisse être discuté. Nous verrons, à propos de la pathogénie, quel est

son mécanisme. Qu'il nous suffise de dire ici qu'une tumeur, implantée sur la partie haute de l'organe, attire peu à peu dans sa descente le fond utérin. C'est là le cas typique.

C'est de lui seul que nous nous occuperons par la suite, les inversions opératoires n'offrant aucun intérêt clinique, à cause de leur durée éphémère, et aucun intérêt thérapeutique à cause de la facilité de leur réduction. Incident de technique au cours d'une opération qui ne nous intéresse pas; on trouvera des renseignements à son sujet dans la thèse de Dartigues sur la chirurgie conservatrice de l'utérus.

Influence de la forme, du volume et du siège du corps fibreux. — D'après ce que nous venons de dire, il est évident que les fibromes pédiculés donneront naissance surtout à l'inversion chronique. C'est ce qui se passe dans l'observation que nous rapportons. Les fibromes largement implantés sont la cause presque unique des inversions opératoires. Ils peuvent provoquer aussi des inversions chroniques spontanées. C'est le cas pour l'observation de Bosquette et de Mauclaire, et Auvard reproduit une figure de Skene qui montre bien le mode de début de l'inversion dans ces cas de tumeurs à implantation large. Pour Pichevin, les fibromes sous-muqueux larges seraient la cause la plus fréquente d'inversion utérine.

Les fibromes volumineux prédisposent-ils plus que les petits à l'inversion? Théoriquement, il semblerait que oui. Deux conditions, en effet, seront nécessaires pour que l'inversion se produise: l'élargissement de la cavité utérine, le ramollissement des parois de l'organe. L'une et l'autre de ces deux conditions seront d'autant mieux remplies

que la tumeur sera plus volumineuse. En fait, cela n'est vrai que pour l'inversion chirurgicale. Dans l'inversion spontanée, les polypes étaient souvent de petit volume. Comme une orange dans notre cas, et dans celui de Bosquette, il mesure 10 centimètres de long; dans le cas de Mauclaire, il était piriforme. Denucé, cependant, cite des cas d'inversion dus à des tumeurs volumineuses. Il en est de même dans l'observation de Staub. D'après Valenta, la tumeur serait quelquefois « colossal ».

Le siège enfin du fibrome joue un rôle important dans la production de l'inversion. Il est certain que les fibromes du fond, tirant sur la partie de l'utérus la moins soutenue, directement au-dessus de l'orifice dilaté du col, constitueront les éléments étiologiques de choix. Les fibromes des parois agiront plus difficilement; quant aux fibromes des lèvres, tout au plus pourraient-ils amorcer une éversion; je crois une inversion vraie.

Enfin, les fibromes qui évoluent vers la cavité utérine sont les seuls qui ont de la tendance à produire l'inversion.

Influence de l'âge et des grossesses. — L'inversion polypeuse s'observe surtout chez les femmes âgées. Le fibrome lui-même est une affection de la seconde partie de l'âge adulte (Bayle). La sclérose sénile, et le relâchement chez les vieilles, de tous les tissus, surtout génitaux, sont autant de causes prédisposantes propres à un âge avancé. La malade de Bosquette, cependant, n'avait que 40 ans; Reamy en cite un cas chez une femme de 24 ans.

L'influence des accouchements antérieurs est indéniable. Ils agissent en ramollissant l'organe, en distendant sa cavité, en provoquant l'hypertrophie du corps fibreux lui-même. Cependant, la multiparité n'est pas une condition

essentielle, et, d'après Pozzi, on pourrait observer l'inversion utérine spontanée chez des nullipares. Dans les cas d'inversion polypeuse, les observations de Martin et de Nyrop en sont une preuve.

PATHOGENIE

Les considérations que nous avons développées à propos de l'étiologie nous permettront d'être brefs sur la pathogénie.

Schultze classe sous deux chefs principaux les causes fondamentales de l'inversion utérine. Il faut d'abord que la cavité utérine devienne réelle et subisse une ampliation notable; il faut ensuite que les parois de l'organe, normalement fermes et résistantes, subissent un ramollissement total ou partiel (limité de préférence au fond), qui en permette le retournement. Ce ne sont là que des causes prédisposantes. Si aucune action ne s'en perçoit sur le fond de la matrice, celle-ci ne se retournerait pas spontanément. Aux changements de forme et de consistance de l'organe, causes prédisposantes, il faut ajouter les tractions ou les pressions exercées sur son fond: causes efficientes. Nous allons les passer en revue.

Causes prédisposantes. — Ampliation de la cavité utérine et ramollissement de ses parois. Ces éléments, qui sont surtout en cause dans l'inversion puerpérale, se retrouvent dans l'inversion polypeuse, mais à des degrés divers.

L'ampliation utérine est évidemment indispensable pour que l'inversion se puisse produire. A l'état normal,

les parois antérieure et postérieure sont au contact et soutiennent le fond. Il faut qu'elles s'écartent pour que celui-ci porte dans le vide et puisse se déprimer. Cette ampliation variera avec le volume du corps fibreux qui la détermine seule. Elle sera en général ici moins grande que dans les cas puerpéraux.

Le ramollissement des parois sera lui aussi moins marqué en général. Il sera excessivement variable suivant les cas. Dans les cas de myomectomies vaginales, on sait combien la paroi utérine est souvent amincie après l'opération; le morcellement de la tumeur conduit parfois jusqu'au péritoine, et il reste un myomètre sans consistance, que la moindre traction inversera (Dartigues).

Les lésions sont beaucoup moins marquées dans les cas d'inversion spontanée. Ici, les lésions sont à considérer au niveau même de l'implantation et dans le reste de la paroi utérine. Au niveau de l'implantation, il est certain que la paroi utérine perd sa consistance normale. Scanzoni insiste sur la dégénérescence graisseuse de la paroi en ces points. Simpson insiste sur l'infiltration néoplasique elle-même. Cette infiltration, peu agissante dans les cas de fibromes purs à consistance ferme, est plus active dans les cas de fibro-sarcomes ou de sarcomes de Hart et Barbour.

Le ramollissement du point d'implantation, important dans les fibromes sessiles, ne pourrait jouer qu'un rôle tout à fait accessoire dans les polypes finement pédiculés. Il est possible, qu'ici, interviennent des modifications générales de la paroi utérine: telles que sclérose ou fibromatose interstitielle. Il est plus probable que, dans ces cas, les causes efficientes: tractions exercées par le pédicule sur le fond de l'organe, agissent seules ou du moins jouent le rôle essentiel.

Causes efficientes. — Elles sont, théoriquement, au nombre de deux: la pression extérieurement exercée sur le fond de l'utérus et la traction en dedans transmise par l'implantation du polype. Nous éliminerons d'emblée la première. Il est admissible que la pression intestinale intervienne (accrue surtout par l'effort) dans l'inversion puerpérale. Ici l'utérus est extrêmement volumineux; son fond offre à l'action des anses grêles une large surface. Encore dans ces cas est-il permis de mettre en doute son action, car, ainsi que le fait remarquer Taste, on trouve très rarement l'intestin prolabé dans le cul-de-sac d'inversion. Même dans les cas où l'on a vu l'inversion se produire au moment d'un effort, « il est probable, dit Pichevin, que l'inversion a débuté incomplète au moment de la délivrance et ne s'est accentuée que peu à peu ». A plus forte raison, dans les cas d'inversion fibromateuse, où l'utérus reste relativement petit et ne présente à aucun moment la vacuité large de la délivrance, la pression abdominale ne peut être qu'une cause accessoire.

Infiniment plus énergique et partant plus agissante sera la traction exercée sur la face interne de l'organe; plus agissante aussi, parce qu'elle s'exerce directement dans l'axe de la cavité, tendant à déprimer le fond utérin vers une cavité toute créée pour le recevoir et que le fibrome ou son pédicule calibrent au-devant de lui.

Cette traction est exercée, énergiquement, par l'opérateur lui-même, dans la myomectomie, par la méthode de Segond. Elle est ici la cause efficiente évidente.

Dans les polypes pédiculés, l'utérus force sur le fibrome de façon à l'accoucher vers le vagin, le pédicule, rattachant la tumeur au myomètre, entraîne la paroi, qui se déprime de plus en plus à mesure que la tumeur progresse, jusqu'au moment où « le col de fiole » est assez

volumineux pour donner prise lui-même aux contractions utérines.

Dans les tumeurs sessiles, le mécanisme de début est un peu plus malaisé à comprendre. Il reste cependant le même. Tout au plus faut-il que la tumeur soit un peu plus volumineuse, de façon à mieux ressentir les contractions. Ici aussi, le fibrome, poussé vers le col, déprime et entraîne à sa suite la portion de paroi à laquelle il adhère.

Mathews Duncan, dans son mémoire, admettait deux variétés pathogéniques d'inversion utérine: l'inversion active, dans laquelle les contractions mêmes de la paroi utérine sont la cause de leur propre inversion, soit qu'elles s'exercent sur le fibrome, ou plus tard, sur le cône d'inversion déjà formé; l'inversion passive, dans laquelle la paroi utérine reste inerte, soumise aux tractions ou aux pressions qu'elle subit.

L'inversion opératoire est le type de l'inversion passive. L'inversion spontanée est le type de l'inversion active. La différence ne saurait être aussi tranchée dans l'inversion puerpérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons bref sur les considérations anatomo-pathologiques communes à tous les modes d'inversion utérine. Nous retiendrons seulement les particularités propres aux cas qui nous intéressent et celles qui offrent quelque utilité pour les indications thérapeutiques.

Degré de l'inversion. — Le fond de l'utérus, attiré par l'insertion polypeuse, se déprime dans la cavité utérine en un cône qui se développe plus ou moins rapidement, et s'accentue. Le fond vient ainsi successivement apparaître au col utérin, à la vulve, puis s'extériorise plus ou moins. Il est donc, à l'inversion utérine, toute une série de degrés dans laquelle il était nécessaire d'établir des divisions.

Leroux, en 1776, distinguait déjà trois degrés: 1° la simple dépression en cul de fiole; 2° le second degré dans lequel le fond arrive à l'orifice du col; 3° l'inversion totale, dans laquelle l'utérus est entièrement retourné, y compris le col. Cette division laisse de côté presque tout le temps de descente vaginale.

Legueu précise et modifie légèrement: au premier degré, le fond de l'utérus se déprime et descend jusqu'au col utérin. Au second degré, le fond pénètre dans le vagin,

où l'utérus se retourne en doigt de gant, jusque, exclusivement, au col. Au troisième degré, le col lui-même s'inverse et le déplissement commence à intéresser la paroi vaginale, déplissant les culs-de-sac.

Auvard accepte le premier degré de Legueu, *inversion intra-utérine*. Sans tenir compte de l'état du col, il étend le deuxième degré du moment où le fond utérin est saillant dans le vagin, jusqu'au moment où il arrive à la vulve: *inversion intra-vaginale*. Au troisième degré, l'utérus est saillant hors de la vulve. Dans ces cas, le col est non seulement inversé lui aussi, mais descendu: le prolapsus complique toujours l'*inversion extérieure*.

Ce troisième temps est rare, dit Pichevin. Son terme ultime, avec inversion totale du vagin, n'a jamais été observé. Nous ne croyons pas qu'en aucun cas on ait observé d'inversion polypeuse de ce troisième degré. Nous n'avons pas vu signaler non plus d'inversion polypeuse au premier degré.

Pozzi considère ces degrés comme n'ayant qu'une valeur purement théorique, et il estime que, cliniquement, une seule distinction s'impose: l'inversion sans prolapsus et l'inversion avec prolapsus.

Lésions de l'utérus. — On a coutume d'étudier, à propos de l'inversion utérine, les lésions de l'inversion récente et celles de l'inversion ancienne, chronique. Nous ne pouvons pas maintenir ici cette division. L'inversion aiguë, récente, opératoire, est un incident passager, au cours d'une intervention. La malade n'a jamais été abandonnée sans que la réduction ait été opérée. Et il serait superflu de décrire l'aspect de cette lésion éphémère: poche rouge et sanglante, de consistance et d'épaisseur inégale, que le chirurgien sent et voit s'inverser sous l'influence de ses propres tractions.

Ce qui nous intéresse, c'est la lésion ancienne, produite lentement par le polype, et que nous constatons longtemps après sa période de début, quand la malade, lassée par ses hémorragies, ses douleurs et ses pertes, se décide enfin à venir trouver un chirurgien.

L'aspect extérieur de la poche utérine sera décrit plus loin : appréciable du vivant de la malade, il fait partie de la symptomatologie. Si l'on examine la région par l'abdomen, on voit, au-devant du rectum, une surface arrondie et déprimée en entonnoir assez régulier. Dans cet entonnoir, s'engagent des organes sur lesquels nous reviendrons. Largement ouvert dans l'inversion puerpérale récente, et probablement dans l'inversion polypeuse opératoire, cet entonnoir se rétrécit rapidement et peut même se fermer par des adhérences. Même lorsqu'il reste libre, il devient excessivement étroit. On pouvait à peine, dans le cas de West, passer une plume au travers. Cet orifice conduit dans une sorte de poche, tapissée de péritoine, et qui occupe le centre du globe d'inversion. Bosquette, qui a fait pour sa malade une hystérectomie vaginale, a pu, avec beaucoup d'exactitude, apprécier ces lésions. C'est une éventualité rare dans les cas d'inversion polypeuse.

La paroi utérine, dans l'invagination puerpérale, subit successivement deux ordres de modifications ; d'abord, elle se congestionne et s'œdématie. C'est la phase d'inversion aiguë, qui peut aboutir au sphacèle ; puis elle se rétracte et se sclérose, subissant une involution très marquée sur laquelle Fressou insiste longuement. Dans l'inversion polypeuse, inversion essentiellement chronique, c'est cette dernière phase que nous observons seule. Il nous faut étudier successivement les lésions du muscle, de la séreuse et de la muqueuse.

Le muscle subit une dégénérescence fibreuse et conjonctive. La paroi utérine se sclérose lentement, remplaçant son élément noble, contractile, par du tissu cellulo-fibreux. Elle perd sa consistance élastique et prend une dureté spéciale, parcheminée, ligneuse. Chez la malade de Mauclaire, « tout le fond de la cavité supérieure de l'utérus présentait une dureté tout à fait anormale ». Quelquefois, l'induration se limite à la partie cervicale, et Frenon décrit « cette espèce d'anneau rigide formé par la partie non inversée du col ».

La séreuse présente un état inflammatoire chronique qui aboutit à la formation d'adhérences. Celles-ci peuvent obturer l'orifice de l'infundibulum péritonéal; elles peuvent fixer, par des adhérences, la face péritonéale de l'utérus inversé, aux organes divers du bassin (Michalowski, Velpeau, Lisfranc). Ce serait là, cependant, une éventualité rare, et Taste n'aurait rencontré que dans 8 cas des adhérences réelles entre le péritoine et les organes pelviens. Encore s'agit-il le plus souvent d'inversion puerpérale.

La muqueuse utérine présente, dans l'inversion chronique, les modifications les plus marquées et les plus intéressantes. La muqueuse utérine présente tous les caractères de l'endométrite chronique. Sclérose et état congestif caractérisent ces lésions: l'épithélium cylindrique se transforme peu à peu en épithélium pavimenteux stratifié. Les glandes disparaissent en grande partie. L'infiltration leucocytaire est intense. Ici encore, la prolifération fibreuse étouffe l'élément épithélial (Schröder). Cependant, les vaisseaux sont nombreux, dilatés, gorgés de sang, comme dans tous les états inflammatoires, et ceci nous explique la fréquence et l'abondance des hémorragies.

Quand l'inversion est très ancienne, les modifications sont plus marquées encore. Sur l'épithélium pavimenteux apparaît une couche cornée présentant un aspect leucoplasique. Ces plaques blanchâtres se fendillent, s'infectent, s'ulcèrent, et l'utérus inversé peut se transformer en un champignon fongueux, suintant, fétide (Bosquette).

Rapports de l'utérus et des organes pelviens. — Ils sont très intéressants à étudier au point de vue des discussions thérapeutiques. Il faut préciser les rapports de l'utérus avec les anses intestinales, avec la vessie, avec les annexes, avec les artères utérines.

Les anses intestinales peuvent s'engager dans l'infundibulum séreux de l'utérus inversé. Michalowski, Velpeau, Lisfranc, ont signalé des cas semblables. Dans une observation de Gérard, les anses engagées à travers le col s'étranglèrent et provoquèrent la mort. Mais tout ceci ne s'applique qu'à l'inversion puerpérale, où tout se passe en grand, où un utérus d'une capacité de plusieurs litres offre aux anses une cavité bien plus grande que l'utérus polypeux qui nous occupe. Dans les observations que nous avons parcourues, en général les rapports des anses avec l'utérus ne sont pas précisés. Jamais, en tous cas, on n'en a signalé la présence dans la poche d'inversion.

La vessie n'est pas intéressée par le mouvement de l'utérus tant que le col reste en place. Mais, dès que celui-ci se retourne à son tour, le sommet de la vessie qui lui adhère intimement est attiré à son tour et plonge dans l'infundibulum. Il faut veiller, dans ces cas, à ne pas blesser la vessie qui s'offre aux ciseaux lors de l'hystérectomie.

Les trompes sont attirées, elles aussi, par l'inversion

de l'organe, et leur extrémité utérine suit le fond dans son mouvement de descente. Quand l'utérus est inversé, les deux trompes plongent côte à côte dans l'infundibulum péritonéal, situées de part et d'autre de la ligne médiane. Elles sont rattachées à la paroi interne de l'utérus par les deux ligaments larges qui se disposent dans le cône d'inversion sous forme d'un diaphragme frontal. Les artères utérines suivent leur insertion latérale sur le myomètre et s'abaissent symétriquement de chaque côté, depuis le col jusque vers le fond où s'insère le polype. Dans l'incision latérale, aussitôt que, par la voie vaginale, on aura sectionné le muscle, on tombera sur l'utérine, flexueuse et plus ou moins déviée en avant ou en arrière.

Les ovaires sont toujours un peu entraînés par les trompes. En aucun cas, nous n'avons vu qu'ils aient pénétré dans la cavité de l'utérus inversé. En général, ils se rapprochent l'un de l'autre et forment, au-dessus du col, avec les pavillons des trompes, un linguet que l'on peut percevoir par le toucher combiné au palper abdominal.

SYMPTOMES

« Les signes de l'inversion utérine, dit Delteil, sont nécessairement précédés des symptômes propres aux corps fibreux simples. » L'inversion polypeuse évolue donc comme seconde période dans un tableau pathologique dont le fibrome constitue seul la première.

Depuis un temps plus ou moins long, de quelques mois à trois ou quatre ans, la malade présentait les signes classiques du fibrome, sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre: pertes rouges plus ou moins abondantes sous forme de ménorragies d'abord, puis de métrorragies; dans l'intervalle des pertes rouges, pertes blanches, légèrement teintées et odorantes. Douleurs sourdes, tiraillements, pesanteur lombaire; quelquefois, élancements dans les membres inférieurs, troubles vésicaux: pollakiurie et ténesme, dysurie. En somme, glaires, sang, douleurs, comme le dit M. le professeur Forgue.

L'examen, pratiqué à cette période, montre un utérus gros, de consistance ferme, à col normal ou légèrement entr'ouvert, tous signes de fibromes, sans signes d'inversion.

Cette dernière peut se produire de deux façons différentes: Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle se produit lentement, insidieusement, sans que rien en puisse

révéler la formation. Tout au plus, en interrogeant attentivement la malade, constatera-t-on que, depuis quelque temps, les pertes sont devenues un peu plus fréquentes et plus abondantes, les douleurs et les signes de compression un peu plus accentués. C'est le cas de l'inversion chronique.

Tantôt, et c'est le cas le plus rare, l'inversion se produit rapidement, s'accompagnant de symptômes assez caractéristiques. Les douleurs deviennent plus vives, s'exacerbent brusquement, à la suite, en général, d'un effort. La malade a l'impression qu'elle accouche; des pertes rouges apparaissent ou s'accentuent; un accouchement se produit, en effet: l'utérus expulse son fibrome et le suit, « comme la personne qui, voulant en jeter une autre à l'eau, y tombe avec elle » (Auvard). La femme sent descendre quelque chose dans son vagin. A ce moment, les douleurs diminuent; mais les métrorragies augmentent. Ce sont des pertes abondantes et incessantes qui saignent à blanc la malade. Tel est le tableau de l'inversion polypeuse aiguë. Delteil tend à présenter cette forme comme fréquente; elle nous a paru plutôt rare, et nous n'en avons guère trouvé de typique que le cas de Dow. « Cette inversion, dit Auvard, produite sous l'influence du fibrome, est essentiellement chronique. »

Quoi qu'il en soit, glaires, sang, douleurs, signes de compression pelvienne, restent après l'inversion, comme dans les polypes simples, les principaux signes fonctionnels.

Si nous plaçons des valves, que nous écartions, et que, avec une pince à griffes, nous abaissions légèrement le polype, nous pouvons apprécier l'aspect des lésions. Le vagin est occupé par une tumeur qui n'est point toujours bosselée, comme on l'a voulu dire, mais quelquefois régu-

lièrement arrondie et lisse (voir notre observation), de volume variable, de couleur blanc-rosé, quelquefois rouge; sa surface est lisse et humide, quelquefois modifiée par de la leucoplasie lorsqu'elle tend à s'extérioriser, par des ulcérations plus ou moins étendues et profondes qui peuvent la transformer en une masse fongueuse et suintante quand il y a infection.

Cette tumeur, arrondie, ou ovalaire, ou piriforme, ou irrégulière, est appendue à un pédicule dont elle est séparée par un sillon. Ce sillon théorique est souvent absent et s'apprécie bien surtout au palper. La traction sur le polype le faisait apparaître avec netteté dans une observation de Dènucé. Il sépare le fibrome de l'utérus. Celui-ci, sous forme d'un pédicule de longueur variable, plus ou moins renflé, continuant quelquefois le fibrome sans démarcation appréciable, présente une surface lisse et rouge et n'arrive jamais à la minceur des pédicules vrais de certains polypes. En haut, il s'enfonce dans l'orifice dilaté du col, qui l'enserre et l'étrangle plus ou moins. C'est là le tableau de l'inversion au second degré.

A la palpation, on peut faire la distinction entre la consistance élastique et ferme du fibrome et la mollesse, ou au contraire, la rudesse parcheminée du corps utérin. La pression au niveau du fibrome est indolore. Au niveau du corps utérin inversé, elle éveille une douleur vive, spéciale, que Denucé donne comme pathognomonique. Elle n'aurait pas, d'après Delteil, une constance aussi absolue, et Polaillon en a observé trois fois l'absence plus ou moins complète.

Un stylet, introduit entre le pédicule et le col, pénètre dans la cavité utérine et s'élève plus ou moins haut suivant que l'inversion est plus ou moins marquée. Il cons-

tate toujours une réduction de la cavité utérine. Les culs-de-sac sont normaux.

Dans l'inversion au troisième degré, ou inversion complète, le col lui-même est inversé; et la tumeur vaginale, qui, dans ces cas, a beaucoup de tendance à s'extérioriser à la vulve, est formée de trois segments; d'abord le polype puis le pédicule et enfin l'utérus inversé, que nous avons déjà décrits. Mais le segment utérin ne s'enfonce plus dans un col visible ou palpable, il fait suite, avec à peine un sillon de démarcation, au troisième segment vaginal. Ce segment, en boudin, présente sur toute sa hauteur un calibre régulier et va en s'évasant en haut. Il est mou et flasque; la palpation permet de sentir une induration qui répond au col inversé. Ici, plus de col saillant; les culs-de-sac du vagin sont effacés.

Dans l'inversion au premier degré, quand le fond de l'utérus n'a pas encore franchi le col, inspection et palpation de la tumeur ne décèlent qu'un polype simple. Il faut, pour révéler l'inversion, pratiquer le cathétérisme de l'utérus et constater l'effacement de la cavité utérine.

On peut encore, par le toucher combiné au palper hypogastrique, constater l'absence du corps utérin normal. Ce dernier signe est commun aux trois degrés de l'inversion; c'est pourquoi nous en avons réservé l'étude pour la fin. Il présente, d'ailleurs, suivant les degrés, des variations que nous allons passer en revue.

Pour le constater, glisser en arrière de la tumeur un doigt dans le fond du vagin; par la main abdominale, aller à la recherche du doigt vaginal. On ne sent pas, comme à l'ordinaire, le corps utérin s'interposer entre les deux mains.

Dans l'inversion au premier degré, il est perçu encore, mais moins élevé qu'à l'état normal. Il faut savoir que,

hypertrophié par le fibrome, le corps utérin, malgré un début d'inversion, peut conserver une hauteur normale.

Dans l'inversion au second degré, la main hypogastrique trouve, à la place normale de l'utérus, une dépression infundibuliforme que nous avons décrite à propos de l'anatomie pathologique. « Cette excavation est limitée par un bourrelet qu'il n'est pas toujours facile de sentir. »

Au troisième degré, enfin, l'utérus est entièrement absent et le pelvis est vide.

On peut, quand la masse inversée gêne l'introduction du doigt vaginal, user du toucher rectal; les renseignements fournis sont les mêmes.

On peut enfin remplacer la main hypogastrique par la sonde vésicale. Une sonde métallique d'homme est introduite dans la vessie, concavité en bas. Si le doigt vaginal ou rectal arrive au contact du bas de la sonde, c'est que le corps utérin est absent.

Au point de vue physique, comme on le voit, la présence dans le vagin d'une tumeur dont nous avons précisé le caractère, et l'absence dans le pelvis du corps utérin palpable, sont les signes essentiels de l'inversion polypeuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'inversion polypeuse est délicat. Le plus souvent il n'a été fait qu'à l'opération et même après l'opération. Bien des hystérectomies pour inversion polypeuse ne devaient être, dans l'esprit de leurs auteurs, que de simples myomectomies vaginales.

Il est cependant très important, pour ne pas dire essentiel, que le diagnostic soit établi à l'avance. On conçoit combien il peut être grave, alors qu'on croyait trancher simplement le pédicule d'un polype, de tomber sur le péritoine que l'on peut infecter, sur l'utérine qui saigne, sur une anse intestinale que l'on sectionne.

Le diagnostic de l'inversion polypeuse comprend trois parties : 1° s'agit-il d'un polype? 2° ce polype s'est-il compliqué d'inversion? 3° quelles sont les relations de l'utérus avec les organes pelviens?

1° *S'agit-il d'un polype?* — Cette première question a peu d'importance et offre peu d'intérêt. Les tumeurs vaginales qui peuvent simuler un polype utérin sont rares. La cystocèle et la rectocèle n'ont nullement son aspect; de même que les polypes des parois vaginales, ils seront éliminés par la simple constatation au toucher d'un col utérin normal et libre.

Dans le prolapsus utérin, tout l'organe s'est abaissé sans changer de forme ni de volume. Le col reste, à la partie inférieure de la masse, facilement reconnaissable. Même si son orifice s'était oblitéré, la conservation de sa forme et de la forme de l'utérus en général ne permettront aucun doute.

L'inversion simple peut être prise pour un polype compliqué d'inversion. Si le cathétérisme montrant l'effacement de la cavité utérine peut la différencier du polype pédiculé simple, il ne saurait servir au diagnostic avec le polype compliqué d'inversion. Les commémoratifs révélant un accouchement plus ou moins récent, les orifices des trompes que l'on peut parfois trouver sur le fond de l'organe inversé, la forme et la consistance de la tumeur, l'hémorragie périodique qui se produit à sa surface quand la femme n'a pas atteint l'âge de la ménopause, sont autant de signes plus utiles. « En tout cas, l'erreur serait peu préjudiciable à la malade. »

2° *Le polype se complique-t-il d'inversion?* — C'est là le point vraiment difficile et important du diagnostic.

Dans les cas typiques, tumeur petite, ayant entraîné l'utérus à travers son col, que la petitesse de la masse inversée permet d'examiner avec précision, poser la question, c'est la résoudre; il n'en est pas toujours ainsi; et nous allons voir que tous les caractères différentiels donnés comme classiques peuvent être mis en défaut.

Les caractères de la tumeur, avons-nous vu, ne sont pas les mêmes quand il s'agit du fibrome ou de l'utérus inversé. Le fibrome est blanc et bosselé, tandis que l'utérus est régulier et rose plus ou moins foncé. A la pression, le fibrome est plus ferme et indolent; le pédicule du fibrome peut être plus grêle que l'utérus inversé. Il est évident

que, dans bien des cas, l'ensemble de ces signes permettra un diagnostic précis; nous avons déjà dit cependant que le fibrome n'était pas toujours bosselé, et c'est le cas dans l'observation de M. le professeur Forgue. Son revêtement muqueux peut s'enflammer et prendre la teinte d'une muqueuse utérine enflammée. Il est des utérus indolores à la pression, et des fibromes mous ou douloureux (cas de Polaillon). Enfin, il est de gros pédicules qui ne sont pas constitués par le corps utérin inversé, et il est des pédicules très fins qui sont parcourus par un canal séreux. Témoin Emmet, qui ouvrit le péritoine en sectionnant un pédicule du volume du doigt. Tous ces signes sont d'ailleurs difficiles à rechercher quand il y a infection grave de la masse vaginale.

L'examen du col et de la cavité utérine présentent, eux aussi, des causes d'erreur. D'abord, il est des cas de tumeurs très volumineuses, bloquées dans le vagin, et où l'examen du col est impossible. Quand l'exiguïté du polype permet un examen soigneux, la chose se simplifie, mais toutes les difficultés ne sont pas écartées. Seul le cas de disparition absolue du col, traduit évidemment une inversion complète et permet d'affirmer le diagnostic.

Quand le col est conservé, on a ordinairement recours au cathétérisme; si l'hytéromètre s'enfonce à la profondeur normale, on a coutume de dire qu'il n'y a pas inversion; il y a inversion si la profondeur de l'utérus est normale. Ceci est trop schématique. La sonde peut buter contre une torsion de l'organe, ou contre le point d'implantation du polype, sans qu'il y ait inversion. Par contre, elle peut s'enfoncer à une profondeur normale alors qu'il y a dépression « en cul de fiole ». Soit que cette dépression soit latérale, le polype s'implantant lui-même plus ou moins bas sur une des faces utérines (cas de Fau-

con), soit que l'inversion soit absolument limitée sur le fond utérin, au point d'implantation du polype, comme dans le cas d'Emmet, que nous avons déjà signalé.

Le toucher combiné au palper permettent d'affirmer l'inversion utérine lorsqu'ils montrent l'absence du corps utérin. Quand on trouve ce corps, il est impossible de la nier. Il est des dépressions partielles qui ne diminuent ni le volume ni la hauteur du corps utérin. De plus, il est souvent difficile de pratiquer avec précision cette exploration pelvienne. Les polypes volumineux empêchent l'introduction du doigt vaginal. La surcharge graisseuse de la paroi abdominale, leur contraction de défense, qu'il est impossible de supprimer chez certains sujets, gênent l'exploration. Les tumeurs de la région, les exsudats péri-utérins, les adhérences de l'intestin à l'entonnoir d'inversion en faussent les résultats.

Faut-il avoir, dans ces cas, recours au cathétérisme de la vessie? Ce moyen d'exploration est théoriquement excellent; pratiquement, il suffit d'une faible portion d'utérus conservée pour arrêter le bec de la sonde avant son contact avec le doigt rectal.

Comme on le voit, il n'est pas de signe, si précis soit-il, qui ne puisse être mis en défaut. Le diagnostic est surtout difficile dans les cas de polypes énormes (Pozzi), qui gênent toute exploration. Dans les autres cas, si tant est que plusieurs symptômes manquent, la présence des autres doit permettre d'affirmer ou de nier l'inversion utérine.

3° *Quelles sont les relations de l'utérus avec les organes pelviens?* — Intestin, vessie, rectum.

On conçoit immédiatement l'importance de ce diagnostic pour le choix du traitement.

L'intestin, nous l'avons vu, descend rarement dans la poche d'inversion. La chose n'est cependant pas impossible et vaut qu'on la recherche. L'intestin peut se trouver dans la poche utérine, soit adhérent, soit libre. S'il est adhérent, nous dit Taste, « on ne nous fera pas admettre qu'une anse (je ne dis pas étranglée, les signes seraient alors évidents), étant simplement soumise à des frottements répétés au-dessus du pédicule, un peu de péritonite ne se produise pas et qu'il n'en résulte un ensemble de phénomènes qui permettent le diagnostic ». Ce sont là, on l'avouera, signes peu précis.

Si l'intestin est libre, dit le même auteur, la malaxation du pédicule éveillera une douleur spéciale, fera percevoir une mollesse particulière, et se réduira enfin avec un bruit de gargouillement.

Le rectum et la vessie ne doivent se trouver que dans le prolapsus complet. Le toucher rectal est un moyen d'investigation facile et précis, qui permet de déterminer avec exactitude les rapports de l'utérus et de l'ampoule. Pour la vessie, on aura successivement recours à la palpation hypogastrique, au cathétérisme, et, si quelque doute subsiste, au toucher vésical, après dilatation de l'urèthre.

TRAITEMENT

Si l'inversion puerpérale a pu, dans des cas d'ailleurs exceptionnels, se réduire spontanément, la chose est absolument impossible dans l'inversion polypeuse liée à une lésion durable, définitive de l'organe. Il faut donc traiter l'inversion polypeuse. Le traitement en est-il indispensable? Les cas d'inversion datant de plusieurs années sont nombreux et montrent que cet accident est compatible avec un fonctionnement relativement normal des divers organes. Mais ces malades, porteurs d'utérus inversé, sont en état d'équilibre instable; en aucun cas, d'ailleurs, les signes fonctionnels ne sont tout à fait obscurs; douleurs et suintements sanguins plus ou moins vifs ou plus ou moins abondants sont de règle. Un jour vient où, sous une influence congestionnante quelconque, ces troubles s'aggravent, et, à partir de ce moment, la malade restera une infirme.

Traitement médical. — Le traitement médical ne pourra avoir, sur ces phénomènes, qu'une action palliative et temporaire. Il n'est pas à dédaigner, néanmoins, et, dans bien des cas, il faudra avoir recours à lui de façon à remonter l'état général avant d'avoir recours à l'intervention chirurgicale.

A l'infection, on opposera les injections chaudes, antiseptiques, surtout abondantes et répétées. A l'hémorragie, les injections chaudes encore et astringentes, ou avec de l'eau oxygénée étendue; les hémostatiques généraux: chlorure de calcium, acide citrique, surtout les hémostatiques gynécologiques: hamamelis virginica, hydrastis canadensis, vibunum prunifolium. L'ergotine, provoquant les contractions ou plutôt la contracture utérine, aurait le défaut de compléter une inversion quelquefois à peine ébauchée. Contre la douleur, la morphine. Pour relever l'état général, tous les toxiques, et surtout la cola et le quinquina. Dans les cas d'anémie grave, le sérum sous-cutané ou intra-veineux. Soumettre avant l'opération les malades dont le cœur serait affaibli (Hyon Herz) à un traitement énergique: spartéine et huile camphrée.

Traitement chirurgical. — Ne pas oublier que ce traitement n'est et ne doit être qu'un temps préparatoire; que le seul traitement radical de l'inversion utérine, c'est l'intervention chirurgicale.

Pour pouvoir réduire et maintenir réduite une inversion polypeuse, il faut d'abord en supprimer la cause: enlever le polype. Ensuite, il faut pratiquer la réduction de l'inversion. Mais, dans certains cas, cette réduction est impossible, à cause de la rigidité acquise de l'organe, de l'étroitesse et de la raideur du col qui enserrent le pédicule. Chez les vieilles femmes, il est inutile de chercher à conserver un organe désormais sans aucun rôle physiologique. Dans ces divers cas, l'ablation de l'utérus accompagne celle du polype. On peut donc ranger en deux groupes les méthodes de traitement de l'inversion utérine polypeuse:

Les méthodes conservatrices, dans lesquelles l'utérus est conservé et réduit en position normale.

Les méthodes mutilatrices, où l'hystérectomie accompagne la myomectomie.

I. — Méthodes conservatrices

Deux temps dans cette intervention, quelle qu'en soit la technique : d'abord, ablation du polype. Ensuite, réduction de l'inversion.

A. *Ablation du polype.* — Toutes les méthodes de myomectomie vaginale proposées pour les polypes simples ont été pratiquées sur les polypes compliqués d'inversion.

La simple ligature du pédicule est une méthode archaïque. Denucé en rapporte 7 cas. 6 fois le cul-de-sac péritonéal fut intéressé par la ligature. Cette méthode n'est plus employée et n'est plus à discuter. La ligature suivie d'excision immédiate, expose à peu près aux mêmes inconvénients ; son seul avantage est de montrer immédiatement au chirurgien sa faute de technique. Denucé en rapporte 8 cas encore, avec 6 fois ouverture du péritoine. Il nous semble que cette technique a été condamnée à tort. Quand on a posé avec précision le diagnostic des lésions, quand on a déterminé exactement le fond d'implantation du pédicule sur le fond utérin, si ce pédicule est mince, facilement accessible, rien de plus simple que de poser une ligature et de pratiquer l'excision d'un coup de ciseau. Même si le péritoine est ouvert, l'inconvénient n'est pas énorme, et, depuis l'ère antiseptique, ces accidents n'ont plus la gravité que leur attribuait encore Delteil. Celui-ci relevait, en effet, 4 morts sur 8 cas d'ouverture péritonéale, dans les cas qui nous intéressent.

L'écraseur linéaire, le constricteur de Maisonneuve ont tous les inconvénients de la ligature, sans avoir plus d'avantages.

Le thermocautère (Polaillon), le galvanocautère (Hildebrant) n'ont pas, sur les ciseaux, depuis que nous savons les aseptiser, de supériorité bien marquée.

Le traitement de choix reste, dans les cas où le polype sessile ne peut être détaché par un simple coup de ciseau sur son pédicule, l'énucléation méthodique. Cette opération est facile, relativement, dans les polypes de petit volume, ou dans les polypes, même volumineux, prolabés à la vulve. Quand le polype, volumineux, est bloqué dans le vagin, les choses se compliquent; il peut être, dans ces cas, fort malaisé de pratiquer, soit l'énucléation d'emblée, soit le morcellement, selon la méthode de Segond. Nous n'insisterons pas sur la technique de ces interventions, qui n'ont, dans le cas d'inversion, rien de particulier. Contentons-nous de faire remarquer qu'elles constituent, dans les cas de « polypes énormes », un temps nécessaire: il faut débarrasser le vagin avant de songer à une hystérectomie vaginale ou même abdominale. Delteil, dans sa thèse, réunit 25 cas traités par l'ablation méthodique du polype. Il n'y a eu que 3 perforations utérines et un seul décès.

B. *Réduction de l'inversion.*— Cette réduction peut être confiée aux seules actions naturelles. La cause de l'inversion étant levée, on peut admettre que celle-ci se réduira seule; c'est ce qui se passe, en effet, souvent. Sur 34 cas réunis par Delteil, elle s'est produite 23 fois. Elle survient, en général, nous dit cet auteur, dans le courant de la première semaine. Elle peut être beaucoup plus tardive

et exiger des mois pour se produire (5 mois dans un cas de Denucé).

Cette réduction spontanée ne se produit malheureusement pas toujours; on peut à peine l'escompter quand il s'agit d'une inversion incomplète, au premier, ou au début du second degré, intéressant un utérus non encore dégénéré, sain, ferme, élastique. Dans les autres cas, il ne faut pas l'attendre, et il faut toujours réduire l'inversion, bien que tous les troubles puissent rétrocéder après ablation du polype, sans que l'inversion ait été réduite (Schwartz). Aujourd'hui, d'ailleurs, on tend à en finir avec l'inversion aussitôt après l'ablation du polype, dans tous les cas, et Frenon conseille de ne pas abandonner la malade tant que l'utérus n'est pas remis en position normale. Que, si on se décide malgré tout à attendre, le tamponnement vaginal, antiseptique, changé fréquemment, serait peut-être un moyen d'aider à la réduction spontanée.

Le polype enlevé, la réduction opératoire n'offre plus rien de particulier, on se trouve ramené au cas de l'inversion puerpérale. Les mêmes moyens sont applicables.

La première tentative à faire est un taxis prudent. Une main maintient la masse utérine fixe, soit par une pression abdominale, soit par un doigt rectal qui, recourbé en crochet, fixe l'entonnoir d'inversion (Courty). L'autre main, introduite dans le vagin, exercera sur l'utérus des pressions, soit au niveau du fond, taxis central, soit au niveau des cornes (taxis latéral), soit au niveau de la partie réfléchie (taxis périphérique). Ces manœuvres ont été couronnées de succès dans les cas de Wallgreen et d'Hofmeier.

Dans les cas où la réduction par le simple taxis est impossible, il faut débrider l'isthme, qui est souvent l'agent de striction empêchant la réduction. Le col, que l'on a

d'abord plus de tendance à incriminer, est rarement le coupable). Pour ce faire, on a recours à l'hystérectomie cervicale bilatérale. Deux incisions latérales et symétriques « sectionnent en totalité la portion sous-vaginale du col et remontent jusqu'à l'isthme, inclusivement ». La réduction est rendue facile; il suffit ensuite de tamponner légèrement utérus et vagin, sans suturer les lèvres de la plaie.

Dans les cas où l'inversion est complète, ou si l'on suppose que ces débridements ne suffiront pas à cause de l'induration de l'organe, on aura recours à l'opération de Küstner, modifiée en colpo-hystérectomie postérieure. Cette opération a été pratiquée deux fois avec succès: par Dranitzin, cité par Vogel en 1901, et par Mauclaire la même année. Cette opération comporte: 1° l'ouverture large, transversale du cul-de-sac de Douglas; 2° l'incision postérieure verticale de l'utérus, depuis son col jusqu'à son fond; 3° retournement de l'utérus, la face séreuse en dehors, dans le vagin même, suture de l'incision; 4° remise de l'utérus en place en le faisant basculer à travers l'incision du Douglas.

Cette opération est en somme assez complexe et nous paraît, par sa gravité, mal proportionnée au but qu'elle poursuit: conserver péniblement un organe en général mauvais, et le plus souvent inutile, chez des femmes, au voisinage de la ménopause.

La colpo-hystérectomie antérieure, ou méthode de Kehrer, n'a jamais été, que nous sachions, appliquée au traitement de l'inversion polypeuse.

II. — Hystérectomie

« Cette méthode, dit Delteil, condamnée déjà par Baudeloque, devait être ruinée par la découverte de Valentin (1849), démontrant la réductibilité, sous le chloroforme, des inversions anciennes... Les circonstances exceptionnelles qui pourraient la justifier sont la multiplicité des fibromes et l'hypertrophie excessive des parois utérines.

» A part ces cas, l'intérêt de l'hystérectomie, dans le traitement de l'inversion polypeuse, est d'ordre purement historique. » Il est à remarquer immédiatement que, d'après les observations qu'il rapporte lui-même, l'hystérectomie a été pratiquée dans 20 0/0 des cas environ.

Frenon, plus moderne, et, à notre avis, mieux dans le vrai, écrit: « La conservation de l'utérus a assurément beaucoup moins d'intérêt dans les cas d'inversion par fibrome que dans les cas d'inversion puerpérale. Celle-ci se produit, en effet, fréquemment, chez des femmes d'un âge avancé, ou tout au moins appartenant à la fin de la période génitale active. Les lésions des parois sont complexes, et l'ablation de l'organe est souvent la meilleure solution. »

Il nous semble que les deux méthodes: réduction et hystérectomie, ont chacune leurs indications. Chez une femme jeune, porteuse d'une inversion récente, à lésions utérines peu marquées, à fibrome bien isolé et facilement extirpable, la conservation est un devoir. Chez une femme âgée, porteuse d'une inversion au troisième degré ou à un stade avancé du second, dont l'utérus est induré et scléreux, il nous semble qu'on doit préférer l'hystérectomie à des opérations comme celles de Küstner ou de Kehrer.

L'hystérectomie sera pratiquée d'emblée ou après ablation en morcellement du fibrome, si celui-ci est gênant.

Pour éviter l'hémorragie et l'infection, on eut recours longtemps aux procédés lents d'hystérectomie qui amenaient l'oblitération des utérines et du cul-de-sac péritonéal avant la chute de l'organe. Ces procédés, réellement, appartiennent au passé; nous ne les citerons que pour mémoire. Ils sont exposés tout au long dans le Traité de Denucé et la thèse de Brasseur. Les écraseurs linéaires, les serre-nœuds, l'ablation précédée de la ligature élastique, l'anse chaude, ne sont plus employés.

Seule la ligature élastique conserve encore ses partisans. Courty l'employa le premier en 1874. Périer, en 1880, présentait à la Société de Chirurgie, son serre-nœuds, qui constituait un réel progrès, obviant au relâchement possible du lien élastique. Trélat, Frangotkrones, Poncet, puis une foule d'autres emploient le serre-nœuds de Périer. La technique est aisée, les résultats en sont excellents. Elle est cependant passible de quelques objections.

La ligature élastique est douloureuse, et la douleur persiste plusieurs jours. Elle agit lentement: il faut de 14 à 30 jours pour que l'utérus se détache. Elle est aveugle et dangereuse, du fait qu'une anse intestinale peut se trouver prise dans la ligature. Enfin, le moignon, qui ne se détache que par sphacèle, est un foyer de germes tout au contact du péritoine.

Pour ces diverses raisons, on tend aujourd'hui à préférer à la ligature élastique l'hystérectomie vaginale immédiate, dont la technique est bien réglée. Nous ne pouvons plus admettre les conclusions de Taste, qui, en 1897, donnait encore la préférence à la ligature lente sur l'hystérectomie.

L'hystérectomie vaginale pour inversion polypeuse est, surtout après ablation du polype, d'une remarquable facilité: l'utérus était spontanément abaissé. Le procédé type d'hystérectomie vaginale pour inversion est celui de Secheyron, qui emploie le procédé général de Péan: « 1° Incision circulaire du col à la limite des muqueuses vaginales et utérines; 2° décollement, en avant et en arrière, de l'utérus; 3° perforation des culs-de-sac péritonéaux. Par cette ouverture, on se rend compte de la présence d'anses dans l'entonnoir; 4° des pinces sont placées sur les parties latérales du col, puis, section au ras des pinces en commençant par un côté. Enucléation de l'utérus et pincement; puis section du ligament large de l'autre côté; enfin, excision de l'utérus ».

L'hystérectomie abdominale n'a été employée qu'une fois à notre connaissance, au traitement de l'inversion polypeuse, par Bosquette, en 1911, avec succès d'ailleurs.

CONCLUSIONS

I. L'inversion polypeuse est un accident rare au cours de l'évolution des fibromes. Le nombre des cas, actuellement publiés, doit être évalué à 120 ou 130. Elle est due, le plus souvent, à des fibromes de volume moyen, plus ou moins pédiculés, fixés au fond utérin, et s'observe de préférence chez des femmes âgées.

II. Son mécanisme de production est double : inversion passive quand des tractions exercées sur la tumeur, au cours de la myomectomie, renversent la poche utérine vide ; inversion active quand l'utérus, se contractant, expulse son polype, s'invaginant à sa suite dans sa propre cavité.

III. Les symptômes de l'inversion polypeuse se confondent avec ceux du polype simple : glaires, sang, douleurs.

IV. Les signes physiques sont surtout utilisés pour le diagnostic. Ce dernier est établi par les caractères de la tumeur vaginale, et surtout l'absence, constatée au toucher, du col utérin normal dans le pelvis.

V. Le traitement conservateur consiste en l'énucléation ou le morcellement du polype, suivie de la réduction. Cette réduction de l'invagination peut être spontanée, lente (tamponnement), manuelle (taxis), chirurgicale : colpo-

hystérectomie bilatérale, opération de Küstner et de Kehrer.

VI. Dans le traitement radical par l'hystérectomie, presque toujours vaginale, on doit donner la préférence aux opérations méthodiques sur les procédés aveugles de ligature lente. L'hystérectomie est souvent un bon mode de traitement; elle est souvent le seul applicable.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le Professeur Forgue

Marie D..., 61 ans, blanchisseuse à Alais, entre, dans le service de M. le professeur Forgue, le 25 juin 1913, pour douleurs dans l'abdomen et les reins et pertes rouges irrégulières.

Le début de l'état actuel est ancien. La malade, qui a fait à 46 ans une ménopause normale, a vu, cinq ans après (51 ans), des suintements rouges reparaître, en même temps qu'elle se plaignait de douleurs vagues dans le bas ventre, sensation de pesanteur et tiraillement dans les reins.

A son entrée à l'hôpital, les pertes rouges sont peu abondantes et espacées; à peine Mme D... accuse-t-elle quelques suintements sanglants, survenant irrégulièrement après les efforts, les mouvements, la fatigue. Les pertes blanches sont abondantes, filantes, légèrement teintées en jaune, tachent et empèsent le linge. Les douleurs, sourdes, continues, sous forme de tiraillement lombaire, sont exacerbées par la fatigue et s'irradient alors dans le membre inférieur gauche.

Du côté des divers appareils, rien d'intéressant. Le cœur est bon, à peine ses bruits sont-ils un peu assourdis et le pouls est-il très légèrement irrégulier. La malade tousse un peu, mais n'a pas, à l'auscultation, de lésions pulmonaires.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'apoplexie. Mère morte de suite de couches.

Antécédents personnels. — Typhoïde à 22 ans. 3 accouchements normaux; une fausse couche entre le deuxième et le troisième accouchement.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, à surface exulcérée, mais non végétante, de consistance ferme, qui se prolonge par un pédicule large. L'examen de ce pédicule permet de constater qu'il n'est point encerclé par un anneau autour de sa base, comme c'est le cas d'un polype utérin accouché par le col. A ce pédicule large, fait suite une masse un peu plus mollasse, un peu plus sensible qui, dans la région du pédicule, offre une coloration foncée.

On a l'explication de cette disposition au moment où la malade, étant placée en position gynécologique, on se dispose à l'ablation de ce polype. Il est manifeste, et le diagnostic en est porté par M. Forgue avant l'opération, que sous la traction de la pince amenant à la vulve le polype, l'utérus, inversé totalement, fait suite au pédicule.

Toutes les dispositions sont en conséquence prises pour une hystérectomie vaginale. Une incision circulaire, conduite dans le fond du vagin, tout autour de la partie basale de la masse, pénètre d'abord en avant transversalement à travers toute l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus complètement évaginé, et arrive à la face séreuse de cette portion antérieure. On touche, dans la profondeur, l'autre face séreuse de la matrice éversée, et l'on apprécie que les annexes ont été entraînées dans le doigt de gant que constitue l'utérus inversé. Agrandissant transversalement l'incision antérieure, il est facile et rapide de placer avec l'aiguille courbe, en augmentant le prolapsus de la masse, deux ligatures solides sur les pédi-

cules annexiels. On complète, en arrière, l'incision circulaire. Il est facile alors, sous la traction de la pince à abaissement, de compléter la sortie de l'utérus éversé, et de placer deux ligatures au niveau des utérines. L'examen de la pièce confirme le diagnostic. Sous la traction progressive d'un fibrome utérin implanté dans la zone voisine du fond de l'organe, l'utérus s'est peu à peu évaginé au point qu'il est sorti totalement en s'éversant de l'orifice cervical; qu'il s'est complètement retourné, de telle sorte qu'il n'existe pas, autour de l'organe, d'anneau cervical persistant.

Les suites opératoires ont été absolument bénignes. La malade est sortie guérie trois semaines après.

BIBLIOGRAPHIE

Abarbanell.— Inversio uteri durch einen Polypen veranlasst. Monatschr. für Geburtsk. und Frauenkr., 1861.

Arrou. — Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine. Gaz. des Hôpitaux, Paris, 1891.

Atthil. — Spontaneous inversion of the uterus induced by the presence of a fibroid springing frons the fundus. Obstetr. Journ. Gr. Brit., Londres, 1879.

Balbos. — Inversion utérine. Société Espagnole de Gynécologie, 17 mai 1911.

Bar. — L'inversion utérine. Journal des Praticiens, 27 mai 1911.

Barner. — A case of chronic senile inversion of the uterus following the development and removal of a fibromyoma. Brit. med. Journal, 1879.

Barton. — Removal of a fibrons polypus followed by inversion of the uterus. Colombus med. Journ., 1889-90.

Beckmann. — Sur le traitement de l'inversion chronique de l'utérus. Saint-Pétersbourg Mediz. Zeitschr., 28 décembre 1912.

Begley. — Contribution à l'étude de l'inversion utérine. Thèse Bordeaux, mai 1910.

Boccanera. — Osservazzione di un polipo uterino con roveciramento della matrice. Esculapo, Napoli, 1827.

Bosquette. — Polype fibreux de l'utérus compliqué d'inversion utérine totale. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. Dauphiné Médical, 1911, p. 183.

Byrne. — Uterine polypus, with portial inversion of the uterus. New-York Med. Journal, 1881.

Canneg. — A case of large polypus of the uterus, complicated with inversion. Med. Times et Gaz., 1853.

Carbiener. — Zur Kasuistik der uterus inversion. Th. Strasbourg, 1910.

Chenautais. — Corps fibreux de l'utérus, inversion de l'utérus, ablation de la tumeur, blessure du péritoine, guérison. Bull. de la Soc. Anatomique de Nantes, 1879.

Delteil. — Les corps fibreux de l'utérus avec inversion. Diagnostic et traitement. Th. Paris, 1890.

Denucé. — Traité de l'inversion utérine. Th. Paris, 1883.

Dow. — Acute inversion of the uterus caused by myofibroma; case relieved by removal of fibroid and reparition of uterus. Am. Med. Bi-Weekly. Louisville, 1877.

Duncan. — Case of fibrons tumour of the uterus complicated of the inverted uterus. S.-Barthol. Hospitz. Rep. Londres, 1878.

Drubidowitsch. — Inversion des uterus durch tumoren. Th. Berlin, 1873.

Emmet. — A case of inversion of the uterus, occuring after the clinacterie period, frons a fibrocystic tumor situated at the fundus. Amer. Journ. Obstetric., 1869.

Faucon. — Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus (inversion supéro-latérale). Bulletin Acad. de médecine Royale de Belgique, 1887.

Frenon. — Indication et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. Th. Paris, 1902.

Fetherston. — Eversion of the uterus, with a fibroid tumour attached to the fundus. Austral. Med. Journ., 1879.

Field. — Case of fibroid polypus of the uterus, complicated with complete inversion; reduction of the inverted uterus. St.-Barthol. Hosp. Rep., 1872.

Folch. — Tumor de la matriz e inversion completa de la misma. Enciel. medico-pharm., Barcelone, 1878.

Froriep. — Sur l'inversion utérine. Zentralblatt für Gyn., 3 mai 1913.

Goosseur. — Fibro-myôme utérin, inversion de l'utérus. Nederl. Tidjschr. v. Geneesk. Amst., 1886.

Grenauder. — Polype utérin et inversion, hystérectomie, guérison. Hygica. Stokholm, 1885.

Gurlt. — Ueber di coïncidenz von polyp. und invertio uteri. Verhandl. d. Gesellschaft f. Geburtsh, in Berlin, 1860.

Harrisson. — Portial invertion of the uterus evoked by intrauterine tumors. Virginia. M. Month. Richmond, 1886.

Hay (T.). — Removal of an inverted uterus with on intramural fibrons tumour of the fundus by ecrasement. Med. et Surg. Reporter. Philadelphie, 1871.

Hay. — Inversion of the uterus. The British Med. Journ., 13 février 1909.

Higgins. — Case of inversio uteri induced by polypus. Month. S. Med. sc. London et Edimbourg, 1849.

Hitchcock. — Case of removal, by the écraseur, of the body of the uterus, for thrie gean inverted by a large submucons fibroid tumour. Detroit Lancett, 1878.

Kaltschmied. — De mola scirrhosa in utero inverso cutispata, in-4°. Iéna, 1754.

Kempner. — Inversion des nicht puerpueralen uterus, veranlasst durch ein sarcoms. Th. Breslau, 1878.

Le Bec. — Inversion totale de l'utérus, irréductibilité produite par un fibrome. Hystérectomie par un lien élastique. Guérison. France Médicale, 1890.

Mac Clintock. — Total inversion of the uterus, with complete procidentia and a polypous growing from the fundus. Dublin G. Journ. Méd. sc., 1862.

Martin. — Ueber einen fall von vollständiger gebarmutter stôlpung durch einen am muttergrunde entwickelt fibrôse geschwülst bei einer Nullipara. Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsch. in Berl., 1869.

Mason. — Polypous attached to an inverted uterus. Dublin d. Med. Sc., 1880.

Morland. — Polypus and inversion of the uterus. Am. Journ. Med. Sc. Philad., 1849.

Nyrop. — Inversion de l'utérus chez une vierge causée par un sarcome du fond. Nord. Med. Ark. Stokholm, 1873.

Olive. — Corps fibreux ayant entraîné une inversion complète de l'utérus. France Médicale, 1881.

Parona. — Inversione chronica dell' utero con fibroma intraparietale. Legatura elastica, guorigione. Ann. univ. diorche chir. Milano, 1887.

Reamg. — Fibroid polypus with portial inversion of the uterus, with specimen. Tr. Amer. Gynec. Soc. Philadelphie, 1882.

Sanden (Von). — Observatio de prolapsu uteri inversi ob excrescentia cornea fungosa, in fundi ejus interno, etc. In-4°, Regiomonti, 1723.

Schavnik. — Ein fall von totaler inversio uteri in Folge spontaner Geburt einer Fibrosen polypen. Memorabilien. Heilbronn, 1884.

Schneider. — Inversio uteri portiali intra-partum, fibromata uteri subperitonealia. Wiener Mediz. Presse, 1880.

Smirnoff. — Inversion complète de l'utérus due à un polype. Chir. Vertusk. Saint-Pétersbourg, 1888.

Staub. — Geschichte einer abbindung der Gebârmutter, welche durch einen grossen Polypen volkommen umgmestülpt war. Schweitz Zeitschr. f. Natur. und Heilk. Zürich, 1841.

Taste. — De l'inversion utérine : indications, traitement. Th. Lyon, 1897.

Théoharide. — Traitement chirurgical de l'inversion utérine. Th. Paris, 1913.

— Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'inversion utérine récente et ancienne. Th. Paris, mars 1913.

Thomas. — Intra-uterine fibroid, causing complete inversion of uterus and vagina. Med. et Surg. Reporter. Philadelphie, 1878.

Thorn. — Etiologie et traitement de l'inversion utérine. Soc. de Gynéc. de l'Allemagne du Nord-Ouest, 13 nov. 1909.

Tomé. — Sur l'inversion utérine. Soc. Espagnole de Gynécologie, 24 mai 1911.

Trangott. — Sur l'étiologie de l'inversion utérine par tumeurs. Th. Fribourg, novembre 1908.

Troisier. — Renversement de l'utérus produit par un corps fibreux développé dans le fond de cet organe. Bulletin de la Soc. Anat., Paris, 1870.

Valenta. — Vollkomene Umstülpung der Gebârmutter und Scheide in Folge spontaner Geburt einer Kolossalen fibrôsen Polypen. Wiener Med. Halle, 1861.

Watts. — Complete inversion of the uterus; removal of fibroid frons the fundus, and reduction of the inversion after thirtem gears. Tr. New-York Obst. Soc., 1876.

Wallgreen. — Central Gynecologie, 1901.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 novembre 1913
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 novembre 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !